CÁMARA DE DIPUTADOS
ÁREA DE TRÁMITE DOCUMENTARIO
RECIBIDO
PROPOSICIÓN LEGISLATIVA
00893-2026-2031-CD
RU 71291-CD
19 NOVIEMBRE 2026 05:35 p. m.
FIRMADO DIGITALMENTE: EBOHORQUEZ

JOSE RICARDO YATACO TORREALVA
DIPUTADO DE LA REPÚBLICA

PROPOSICIÓN LEGISLATIVA QUE FORTALECE LA ATENCION INTEGRAL DE LAS PERSONAS CON FIBROMIALGIA Y PROMUEVE SU INCLUSION LABORAL Y SOCIAL

A iniciativa del diputado **JOSE RICARDO YATACO TORREALVA**, en ejercicio de la atribución que les confiere el artículo 107 de la Constitución Política del Perú y los artículos 98 y 107 del Reglamento de la Cámara de Diputados, presentan la siguiente proposición legislativa:

FÓRMULA LEGAL

LEY QUE FORTALECE LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS PERSONAS CON FIBROMIALGIA Y PROMUEVE SU INCLUSIÓN LABORAL Y SOCIAL

Artículo 1.- Objeto de la ley

La presente ley tiene por objeto fortalecer la atención integral de las personas con fibromialgia, mediante medidas orientadas al diagnóstico oportuno, la continuidad del tratamiento y la rehabilitación, así como promover su inclusión laboral y social, prevenir la discriminación y facilitar la evaluación individual de sus necesidades de apoyo.

Artículo 2.- Finalidad

La presente ley tiene por finalidad contribuir a la calidad de vida, la autonomía y la participación de las personas con fibromialgia en la vida familiar, educativa, laboral y comunitaria, mediante una respuesta articulada, individualizada y basada en evidencia científica.

Artículo 3.- Ámbito de aplicación

3.1. La presente ley es aplicable, en el ámbito de sus respectivas competencias y obligaciones, a las entidades públicas de los tres niveles de gobierno, las instituciones prestadoras de servicios de salud, las instituciones administradoras de fondos de aseguramiento en salud y los empleadores públicos y privados.

3.2. Sus disposiciones comprenden a las personas con diagnóstico de fibromialgia y, en cuanto al acceso a la evaluación clínica inicial, a quienes presenten síntomas compatibles que requieran valoración médica. La protección sanitaria y contra la discriminación no está condicionada a contar con empleo formal, certificado de discapacidad o inscripción en un registro especial.

3.3. La evaluación clínica inicial de las personas que presenten síntomas compatibles se realiza conforme a los criterios técnicos y procedimientos establecidos por la autoridad sanitaria, sin que la ausencia de un diagnóstico previo pueda constituir, por sí sola, motivo para denegar la evaluación correspondiente.

Artículo 4.- Definición y evaluación individual

4.1. Para efectos de la presente ley, se entiende por fibromialgia la afección crónica caracterizada por dolor generalizado, que puede acompañarse de fatiga, alteraciones del sueño y dificultades cognitivas, cuyo diagnóstico corresponde a una evaluación clínica conforme a los criterios técnicos que adopte y actualice la autoridad sanitaria.

4.2. El diagnóstico, la necesidad de descanso médico, la aptitud laboral y la existencia de discapacidad son determinaciones distintas. Cada una se evalúa de manera individual y de acuerdo con las normas y competencias aplicables.

Artículo 5.- Derechos y protección frente a la discriminación

Las personas comprendidas en la presente ley tienen derecho a:

a) Recibir trato digno y no discriminatorio, información comprensible sobre su condición y participación informada en las decisiones relativas a su atención.

b) Acceder a evaluación clínica, orientación, tratamiento y rehabilitación de acuerdo con su necesidad de salud y las prestaciones que correspondan conforme al ordenamiento vigente.

c) Que el dolor, la fatiga y sus repercusiones funcionales sean valorados clínicamente, sin que su carácter no visible constituya motivo suficiente para desestimarlos.

d) La confidencialidad de sus datos de salud y la protección de su historia clínica.

e) Utilizar los mecanismos de consulta, reclamo, denuncia y tutela administrativa o judicial establecidos en el ordenamiento vigente, sin represalias por su ejercicio.

Artículo 6.- Ruta de diagnóstico, atención y seguimiento

6.1. El Ministerio de Salud, en ejercicio de su rectoría, incorpora o actualiza en los instrumentos técnicos existentes una ruta de atención de la fibromialgia que contemple evaluación inicial, diagnóstico diferencial, referencia y contrarreferencia, seguimiento y atención de condiciones concurrentes. Su elaboración comprende la revisión de guías y protocolos ya aprobados para evitar duplicidades.

6.2. La ruta fortalece la atención en el primer nivel y la coordinación con los servicios especializados, de acuerdo con la complejidad del caso y la capacidad resolutiva de cada establecimiento. No exige la intervención de una única especialidad en todos los casos ni la creación de establecimientos u órganos especializados adicionales.

6.3. El diagnóstico se realiza conforme a la evidencia científica disponible. No se exige una prueba de laboratorio o de imágenes como condición universal de confirmación cuando los criterios técnicos aplicables no la contemplen, sin perjuicio de los exámenes clínicamente indicados para investigar otras causas o condiciones asociadas.

6.4. La ruta de atención debe establecer criterios de articulación entre los distintos niveles de atención, así como pautas para la identificación de necesidades de referencia y seguimiento, considerando la capacidad resolutiva de los establecimientos de salud y las condiciones clínicas particulares de cada persona. Su aplicación se desarrolla de manera progresiva, conforme a los instrumentos técnicos aprobados por la autoridad sanitaria.

Artículo 7.- Atención integral y continuidad de las prestaciones

7.1. El plan de atención se determina individualmente y, según indicación clínica, comprende educación para el autocuidado, manejo del dolor, intervenciones farmacológicas y no farmacológicas, rehabilitación y atención de salud mental. La inclusión de apoyo psicológico no sustituye la evaluación del dolor ni implica atribuir la afección exclusivamente a causas emocionales.

7.2. Los prestadores y aseguradores, en sus respectivos ámbitos, informan de manera accesible las prestaciones cubiertas, las condiciones de acceso, los canales de referencia y los procedimientos de autorización y reclamo. Las prestaciones legal o contractualmente

cubiertas no se deniegan únicamente por la denominación del diagnóstico de fibromialgia. La evaluación de la cobertura y pertinencia de las prestaciones se realiza conforme a las condiciones clínicas de cada persona y a las disposiciones aplicables al régimen de aseguramiento correspondiente. En ningún caso la sola denominación del diagnóstico de fibromialgia constituye justificación suficiente para denegar una prestación que se encuentre comprendida en la cobertura aplicable.

7.3. La coordinación asistencial y el seguimiento utilizan los servicios, redes y mecanismos de intercambio de información existentes. La inscripción en un nuevo padrón, carné o registro específico no constituye requisito de atención.

7.4. La incorporación de nuevas prestaciones, tecnologías o medicamentos a los planes de cobertura se sujeta a los procedimientos de evaluación sanitaria, aseguramiento y financiamiento vigentes. La presente ley no establece un listado de medicamentos de adquisición obligatoria ni altera por sí misma los regímenes de afiliación o financiamiento.

Artículo 8.- Evaluación de medidas de adaptación en el trabajo

8.1. La persona trabajadora con fibromialgia puede solicitar al empleador la evaluación de medidas de adaptación cuando acredite limitaciones funcionales que incidan en el desempeño de sus labores. Para este procedimiento no se exige certificado de discapacidad.

8.2. La solicitud identifica las dificultades y, de ser posible, las medidas requeridas. Se acompaña de información médica pertinente sobre las restricciones funcionales, las recomendaciones y su duración estimada. No se exige entregar la historia clínica completa a la jefatura o al área de recursos humanos.

8.3. El empleador evalúa la solicitud mediante diálogo con la persona trabajadora y con el apoyo de los servicios de seguridad y salud en el trabajo que correspondan. Considera la necesidad acreditada, las funciones esenciales del puesto, los riesgos para la salud y seguridad, la eficacia de las alternativas y su viabilidad organizativa y económica.

8.4. Pueden evaluarse, entre otras medidas, adecuaciones ergonómicas, pausas compatibles con la jornada, organización de horarios y ajustes temporales de tareas. La decisión es escrita y motivada; de resultar viable una medida idónea, establece su ejecución y revisión. La denegación identifica las razones concretas y las alternativas evaluadas.

8.5. La respuesta se comunica dentro de quince días hábiles de recibida la solicitud con la documentación pertinente. Por necesidad de una evaluación adicional, el plazo puede ampliarse por única vez hasta diez días hábiles, mediante comunicación motivada antes de su vencimiento. La omisión de respuesta no equivale a denegación motivada y puede reclamarse ante la autoridad competente.

8.6. La solicitud de teletrabajo se rige por los requisitos, plazos y efectos previstos en la Ley 31572, Ley del Teletrabajo, su reglamento y modificatorias. Cuando corresponda el régimen de ajustes razonables de la Ley 29973, este conserva plena aplicación y no puede ser restringido por el presente artículo.

8.7. La presentación de la solicitud o el diagnóstico, por sí solos, no constituyen causa de sanción, reducción remunerativa o extinción del vínculo laboral. Lo dispuesto no modifica las causas y procedimientos de extinción legalmente previstos ni otorga automáticamente teletrabajo, reducción de jornada o exoneración de funciones.

Artículo 9.- Descansos médicos y valoración de la capacidad laboral

9.1. La evaluación, emisión y validación de los descansos médicos y de los certificados de incapacidad temporal se realizan conforme a los procedimientos y requisitos aplicables. No pueden rechazarse únicamente por corresponder el diagnóstico a fibromialgia.

9.2. La duración del descanso y la valoración de la aptitud laboral se sustentan en la condición clínica, la repercusión funcional y las características de las labores. El diagnóstico no genera automáticamente descanso médico, incapacidad permanente, pensión, subsidio o calificación de enfermedad profesional.

Artículo 10.- Evaluación de discapacidad cuando corresponda

10.1. La persona con fibromialgia que presente limitaciones compatibles con los supuestos de la Ley 29973 tiene acceso a la evaluación de discapacidad por los profesionales y establecimientos autorizados, conforme a la normativa de certificación vigente.

10.2. La evaluación considera la repercusión funcional documentada y las barreras pertinentes, sin desestimación basada exclusivamente en el carácter no visible de los síntomas. El certificado y los beneficios correspondientes se determinan según los requisitos aplicables; no se otorgan automáticamente por el diagnóstico.

Artículo 11.- Información sanitaria y protección de datos personales

11.1. El Ministerio de Salud, en coordinación con las entidades que correspondan, promueve el aprovechamiento y, de ser necesario, la adecuación de los sistemas de información sanitaria existentes, a fin de mejorar la identificación, recopilación y seguimiento estadístico de las atenciones relacionadas con la fibromialgia. Para tal efecto, considera la información disponible de las instituciones prestadoras de servicios de salud y de las instituciones administradoras de fondos de aseguramiento en salud, de acuerdo con la codificación sanitaria vigente y la capacidad de dichos sistemas.

11.2. El tratamiento de datos se limita a las finalidades sanitarias y de gestión legalmente habilitadas y observa la Ley 29733, Ley de Protección de Datos Personales, su reglamento y modificatorias. La difusión de resultados es agregada y anonimizada, con medidas que eviten la reidentificación.

11.3. La información publicada distingue personas atendidas de número de atenciones e identifica período, ámbito territorial, fuente y limitaciones. Los registros asistenciales no se presentan como estimaciones de prevalencia poblacional sin metodología que lo sustente.

11.4. La información estadística que se genere debe permitir, en la medida de la disponibilidad y calidad de los registros, identificar el período de atención, la distribución territorial y las características generales de la población atendida. Para su interpretación, se diferencia el número de personas atendidas del número de atenciones registradas, sin atribuir a estos datos representatividad poblacional cuando no cuenten con una metodología que lo sustente.

Artículo 12.- Información, formación y participación

12.1. Los sectores Salud y Trabajo y Promoción del Empleo incorporan, en sus actividades existentes de orientación y capacitación, contenidos sobre atención de la fibromialgia, valoración funcional y prevención de la discriminación, según sus competencias y programación institucional.

12.2. La elaboración y actualización de los instrumentos técnicos considera los aportes de instituciones científicas, profesionales de salud, organizaciones de pacientes y, en materia laboral, organizaciones de trabajadores y empleadores, mediante los mecanismos de participación existentes. No se crea una comisión permanente ni se establece el pago de dietas.

Artículo 13.- Supervisión y mecanismos de protección

La Superintendencia Nacional de Salud, las autoridades competentes del sistema de inspección del trabajo, las autoridades correspondientes del servicio civil y las demás entidades con atribuciones en la materia conocen las actuaciones que les correspondan, dentro de sus competencias legales. La presente ley no amplía por sí misma su potestad sancionadora ni crea infracciones o sanciones; las responsabilidades se determinan con arreglo a los tipos y procedimientos vigentes, sin perjuicio de la tutela judicial.

Artículo 14.- Seguimiento de la aplicación

El Ministerio de Salud incorpora en sus instrumentos existentes de seguimiento y rendición de cuentas información sobre la aplicación de la ruta de atención y las limitaciones identificadas. El Ministerio de Trabajo y Promoción del Empleo hace lo propio respecto de las acciones de orientación laboral que le competen. Los indicadores se calculan con información disponible y especifican la cobertura de las entidades reportantes, sin crear obligaciones de en cuestamiento nacional periódico.

El seguimiento debe considerar, según la información disponible, las dificultades identificadas en la implementación de la ruta de atención, la continuidad de las prestaciones, las acciones de orientación laboral y la aplicación de los mecanismos de protección frente a la discriminación. Los resultados deben presentarse con indicación de las fuentes utilizadas, el período evaluado y las limitaciones de la información disponible.

Artículo 15.- Implementación y financiamiento

.La implementación de la presente ley se realiza en el marco de las competencias y funciones de las entidades involucradas, con cargo a sus respectivos presupuestos institucionales y sin demandar recursos adicionales al Tesoro Público, conforme a la disponibilidad presupuestaria y a las disposiciones del Sistema Nacional de Presupuesto Público.

Las entidades involucradas priorizan el aprovechamiento de sus estructuras, servicios, instrumentos técnicos y sistemas de información existentes, sin que la presente ley autorice la creación de nuevas entidades, plazas, fondos, bonos, pensiones o subsidios.

La incorporación de nuevas prestaciones, tecnologías o intervenciones que impliquen gasto público adicional se sujeta a los procedimientos de evaluación, aprobación y financiamiento previstos en el ordenamiento jurídico vigente. Lo dispuesto en el presente artículo no puede interpretarse como una autorización para restringir derechos o prestaciones reconocidos por la legislación vigente

DISPOSICIONES COMPLEMENTARIAS FINALES

PRIMERA. Reglamentación

El Poder Ejecutivo reglamenta la presente ley en el plazo de ciento ochenta días calendario contados desde el día siguiente de su publicación. La reglamentación se aprueba mediante decreto supremo refrendado por los ministros de Salud y de Trabajo y Promoción del

Empleo y por los demás titulares de los sectores cuyas competencias resulten comprendidas, según corresponda.

SEGUNDA. Adecuación de instrumentos técnicos

El Ministerio de Salud y el Ministerio de Trabajo y Promoción del Empleo revisan y adecúan los instrumentos técnicos existentes en las materias de su competencia, dentro del plazo de reglamentación. La adecuación sanitaria identifica los documentos que se integran o actualizan y no reproduce guías vigentes sin sustento técnico. La programación de su aplicación observa las condiciones previstas en el artículo 15.

TERCERA. Aplicación de las garantías

La ausencia de reglamentación no suspende la aplicación de las garantías de trato digno, no discriminación, confidencialidad y evaluación sin desestimación automática del diagnóstico. Hasta la adecuación de los instrumentos correspondientes se utilizan los procedimientos vigentes, en cuanto sean compatibles con la presente ley.

Lima, Noviembre 2026.

FIRMA DIGITAL
Firmado digitalmente por: YATACO TORREALVA Jose Ricardo FAU 20161749126 soft
Motivo: Soy el autor del documento
Fecha: 19/11/2026 10:54:15-0500

José Ricardo Yataco Torrealva,
Diputado de la República

FIRMA DIGITAL
Firmado digitalmente por: PIÑAN MAMANI Victor Eduardo FAU 20161749126 soft
Motivo: Soy el autor del documento
Fecha: 19/11/2026 12:53:21-0500

FIRMA DIGITAL
Firmado digitalmente por: PIÑAN MAMANI Victor Eduardo FAU 20161749126 soft
Motivo: Soy el autor del documento
Fecha: 19/11/2026 12:53:30-0500

FIRMA DIGITAL
Firmado digitalmente por: LOPEZ LETONA Heber FAU 20161749126 soft
Motivo: Soy el autor del documento
Fecha: 19/11/2026 16:00:55-0500

FIRMA DIGITAL
Firmado digitalmente por: ALVARON DE LA CRUZ Edgar Adrian FAU 20161749126 soft
Motivo: Soy el autor del documento
Fecha: 19/11/2026 14:57:54-0500

FIRMA DIGITAL
Firmado digitalmente por: PERALTA JORPA Maximo FAU 20161749126 soft
Motivo: Soy el autor del documento
Fecha: 19/11/2026 16:43:40-0500

EXPOSICIÓN DE MOTIVOS

I. Planteamiento del problema público [Art. 106, b) del Reglamento]

1.1. Delimitación del problema

El problema que aborda esta iniciativa es la necesidad de hacer operativa una respuesta coordinada frente a las necesidades sanitarias y funcionales de las personas con fibromialgia, evitando que su atención y la evaluación de apoyos dependan de equiparar el diagnóstico con una discapacidad. No se propone que el legislador determine una condición clínica, sino que establezca garantías y responsabilidades compatibles con las competencias sanitarias, laborales y de aseguramiento existentes.

La fibromialgia puede manifestarse mediante dolor generalizado, fatiga, alteraciones del sueño y dificultades de concentración o memoria. Su impacto varía entre personas. La información clínica del NIAMS, revisada en julio de 2024, señala que puede afectar a personas de distintas edades y que es más frecuente en mujeres; ello no justifica limitar la protección a un solo sexo o grupo etario.[1]

El diagnóstico es principalmente clínico. No existe una prueba específica de laboratorio o imágenes que lo confirme por sí sola; los exámenes pueden ser pertinentes para investigar otras causas. De esta característica se deriva una precaución normativa: exigir universalmente una prueba confirmatoria inexistente puede impedir una evaluación adecuada. La propuesta conserva la responsabilidad profesional y el diagnóstico diferencial, sin reconocer certificados por mera declaración de la persona.[2]

Asimismo, cabe precisar que, la fibromialgia no representa únicamente una condición asociada al dolor crónico, sino que esta es también una afección directa a las distintas dimensiones de la vida de las personas. En ese sentido, está médicamente comprobado que la persistencia del dolor generalizado, la fatiga, las alteraciones del sueño y las dificultades cognitivas pueden afectar las relaciones de una persona, su desempeño en las actividades laborales, su autonomía personal, el desarrollo de sus actividades cotidanas, e inclusive la continuidad de tratamientos.

Evidentemente, la situación no es la misma para cada persona; mientras algunas mantienen sus actividades habituales con determinadas medidas de apoyo, otras pueden experimentar limitaciones funcionales significativas que requieren atención médica continua, rehabilitación o evaluación de adaptaciones en el entorno laboral.

Por consiguiente, el problema público no radica exclusivamente en la existencia de la enfermedad, sino también en las dificultades que pueden presentarse para acceder a una evaluación oportuna, recibir una atención articulada, mantener la continuidad de las prestaciones y obtener una valoración objetiva de las limitaciones funcionales que eventualmente incidan en el desempeño laboral.

[1] National Institute of Arthritis and Musculoskeletal and Skin Diseases (NIAMS). (2024, julio). Fibromialgia: descripción general, síntomas y causas. National Institutes of Health. Disponible en: https://www.niams.nih.gov/es/informacion-de-salud/fibromialgia. Consulta: 3 de octubre de 2026.

[2] NIAMS. (2024, julio). Fibromialgia: diagnóstico, tratamiento y pasos a seguir. Secciones «Diagnóstico», «Tratamiento» y «¿Quién trata la fibromialgia?». Disponible en: https://www.niams.nih.gov/es/informacion-de-salud/fibromialgia/basics/diagnosis-treatment-and-steps-to-take. Consulta: 3 de octubre de 2026.

La falta de reconocimiento de los síntomas, especialmente cuando estos no son visibles o no se manifiestan mediante alteraciones fácilmente identificables en pruebas convencionales, puede generar situaciones de desestimación del padecimiento y barreras en la relación entre pacientes, prestadores de salud y empleadores.

Por ello, la intervención legislativa busca establecer garantías y mecanismos de coordinación que permitan atender estas necesidades sin presumir que toda persona diagnosticada presenta discapacidad o incapacidad laboral, ni sustituir las competencias de los profesionales de la salud.

1.2. Dimensiones de la intervención

La primera dimensión es asistencial: ordenar la relación entre evaluación inicial, seguimiento, rehabilitación y derivación, sin convertir la consulta con una especialidad única en requisito legal para todos los casos. La segunda es funcional y laboral: disponer un procedimiento de evaluación de medidas de adaptación, sin presumir incapacidad permanente. La tercera es institucional: identificar información utilizable, responsables y límites de la cobertura, para que las obligaciones sean verificables y no solamente declarativas.

El marco de derechos de las personas usuarias de los servicios de salud ya contempla atención, información y consentimiento informado. Por tanto, no se parte de una ausencia total de protección jurídica. La contribución del proyecto consiste en precisar cómo operan determinadas garantías ante esta condición y en complementar las reglas generales mediante un procedimiento de evaluación laboral individualizada.[3]

1.3. Población afectada y lista de beneficiarios

Para los fines del artículo 107, inciso b), del Reglamento, se identifican como categorías de beneficiarios: personas con diagnóstico de fibromialgia; personas con síntomas compatibles que requieren evaluación inicial; trabajadores y servidores con limitaciones funcionales acreditadas; y personas que, además, cumplen los supuestos para evaluación de discapacidad. Sus familias y personas de apoyo son beneficiarias indirectas de una atención mejor articulada. No se incorpora una lista nominal de pacientes ni se requiere divulgar información sensible.[4]

La cobertura sanitaria y la protección contra la discriminación comprenden también a personas sin empleo formal, trabajadoras independientes, estudiantes y quienes realizan labores de cuidado no remuneradas. Las obligaciones específicas del empleador se aplican dentro de una relación laboral; no se presentan como beneficios automáticamente accesibles a toda la población.

1.4. Alcance del diagnóstico del problema

Las fuentes localizadas acreditan presencia de la afección en estudios peruanos y repercusiones clínicas y laborales en poblaciones investigadas. No permiten medir, para todo el Perú en 2026, la demora diagnóstica, la frecuencia de denegaciones o el costo anual de la enfermedad. Estas brechas de información se explicitan en lugar de sustituirlas

[3] Perú. Ley 29414, Ley que establece los derechos de las personas usuarias de los servicios de salud, y Decreto Supremo 027-2015-SA, que aprueba su Reglamento, publicado el 13 de agosto de 2015. Marco complementario de la Ley 26842, Ley General de Salud. Disponible en: https://www.gob.pe/institucion/minsa/normas-legales/997327-027-2015-sa. Consulta: 3 de octubre de 2026.

[4] Congreso de la República del Perú. Resolución Legislativa del Congreso 005-2025-2026-CR, que aprueba el Reglamento de la Cámara de Diputados. El Peruano, 13 de noviembre de 2025, pp. 15–16, artículos 98, 106 y 107. Texto contrastado con el ejemplar aportado por el despacho.

por estimaciones extranjeras. La exposición distingue hechos documentados, inferencias de diseño y datos pendientes de obtención.

II. Evidencia que sustenta el problema [Art. 106, b) del Reglamento]

Se priorizaron fuentes primarias: investigación peruana, repositorios institucionales, publicaciones originales, información sanitaria oficial y normas. Los años indicados corresponden a la recolección o a la publicación, según se precisa. No se efectuó una encuesta propia ni una revisión sistemática exhaustiva de toda la literatura.

2.1. Evidencia peruana de base poblacional

León-Jiménez y Loza-Munarríz publicaron en 2015 un estudio sobre residentes de 18 a 65 años del distrito de Chiclayo durante 2013. De 548 personas entrevistadas, 504 cumplieron los criterios de inclusión. La prevalencia reportada fue 2,99 %, con intervalo de confianza del 95 % de 1,5 % a 4,4 %. El diseño empleó muestreo por conglomerados, estratificado y multietápico y criterios del Colegio Americano de Reumatología de 1990.[5]

Límite de interpretación: es evidencia local e histórica, con criterios diagnósticos antiguos y exclusiones de determinadas comorbilidades y tratamientos. No representa a todas las edades, a todas las regiones ni al Perú de 2026. La propuesta no multiplica ese porcentaje por la población nacional ni lo presenta como una cifra nacional oficial de pacientes.

2.2. Evidencia clínica peruana

La tesis de Alvarado Moreno y Montenegro Díaz, publicada en 2013, incluyó 208 pacientes: 52 casos y 156 controles de tres centros asistenciales de Chiclayo. Entre los 52 casos, el resumen institucional reporta 50 personas (96,2 %) con algún grado de depresión y 48 (92,3 %) con algún grado de ansiedad, según escalas de Zung. Se observó asociación estadística con ansiedad, pero no con depresión.[6]

Estos resultados corresponden a una muestra clínica seleccionada y a instrumentos de evaluación; no equivalen a prevalencias nacionales de trastornos mentales ni demuestran que la fibromialgia sea causada por depresión. Su utilidad para el proyecto es sustentar la evaluación de necesidades concurrentes y la disponibilidad de apoyo cuando exista indicación, sin estigmatización ni sustitución de la atención física.

2.3. Evidencia internacional sobre diagnóstico y trabajo

La encuesta publicada por Choy y colaboradores en 2010 comprendió 800 pacientes y 1 622 médicos de seis países europeos, México y Corea del Sur. Informó un promedio de 2,3 años desde la primera consulta médica hasta el diagnóstico y de 3,7 médicos consultados. El 22 % de los pacientes declaró no poder trabajar y el 25 % no poder trabajar todo el tiempo por la afección.[7]

[5] León-Jiménez, F. E., y Loza-Munarríz, C. (2015). Prevalencia de fibromialgia en el distrito de Chiclayo. Revista Médica Herediana, 26(3), 147–159. Estudio de población de 18 a 65 años residente en 2013; criterios ACR 1990. DOI: 10.20453/rmh.v26i3.2582. Disponible en: https://doi.org/10.20453/rmh.v26i3.2582. Consulta: 3 de octubre de 2026.

[6] Alvarado Moreno, J. G., y Montenegro Díaz, K. A. (2013). Asociación entre depresión-ansiedad y el síndrome de fibromialgia en 3 centros asistenciales del distrito de Chiclayo [tesis de grado, Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo]. Resumen institucional disponible en ALICIA–CONCYTEC; 52 casos y 156 controles, escalas de Zung. Disponible en: http://hdl.handle.net/20.500.12423/291. Consulta: 3 de octubre de 2026.

[7] Choy, E., Perrot, S., Leon, T., Kaplan, J., Petersel, D., Ginovker, A., y Kramer, E. (2010). A patient survey of the impact of fibromyalgia and the journey to diagnosis. BMC Health Services Research, 10, artículo 102. DOI: 10.1186/1472-6963-10-102. Encuesta de 800 pacientes y 1 622 médicos, sin participación peruana. Disponible en: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20420681/. Consulta: 3 de octubre de 2026.

Se trata de respuestas de pacientes reclutados mediante sus médicos, no de un censo laboral ni de certificaciones administrativas de discapacidad. No incluye Perú y no determina las tasas actuales del país. Los dos porcentajes laborales se conservan como categorías del estudio y no se suman para estimar discapacidad. La evidencia orienta preguntas de seguimiento, pero no permite calcular por sí sola el efecto de la futura ley.

2.4. Síntesis de datos y utilidad legislativa

Evidencia y población	Resultado documentado	Uso y límite
Chiclayo, población de 18–65 años, 2013; publicación 2015.	504 participantes incluidos; prevalencia reportada de 2,99 % (IC 95 %: 1,5–4,4 %).	Acredita presencia local. No extrapolable al país ni a 2026.
Tres centros asistenciales de Chiclayo; tesis publicada en 2013.	52 casos y 156 controles; en los casos, 96,2 % y 92,3 % con algún grado de depresión y ansiedad en escalas de Zung.	Apoya valoración integral. Muestra clínica, no estimación poblacional.
Encuesta multinacional publicada en 2010; sin Perú.	800 pacientes; 2,3 años hasta diagnóstico desde la primera consulta y 3,7 médicos consultados.	Orienta indicadores de recorrido asistencial; no fija una demora peruana.
La misma encuesta multinacional.	22 % declaró no poder trabajar y 25 % no poder trabajar todo el tiempo.	Orienta evaluación funcional individual; no acredita incapacidad legal.

Fuente del cuadro: elaboración a partir de los tres estudios identificados y citados en los apartados 2.1 a 2.3. Las diferencias de diseño impiden combinar sus resultados en una estimación única.

2.5. Sustento del abordaje integral

Las recomendaciones EULAR publicadas en 2017 evaluaron **107 revisiones o metaanálisis** y propusieron un manejo gradual, con educación y medidas no farmacológicas iniciales, seguido de intervenciones ajustadas a las necesidades individuales. En esa guía, el ejercicio recibió la recomendación terapéutica favorable más fuerte. Es una referencia clínica fechada, no una disposición legal peruana ni una obligación de prescribir una terapia a todas las personas.[8]

La traducción legislativa de esa evidencia es permitir una atención individualizada y técnicamente actualizable. La ley no debe fijar dosis, marcas, especialidades exclusivas o un catálogo inmutable de terapias, porque la selección depende de la evaluación clínica y de la evidencia vigente.

2.6. Evidencia institucional reciente y necesidad de un abordaje integral

La información institucional disponible permite advertir que la fibromialgia continúa siendo objeto de atención por parte de las entidades del sistema sanitario peruano. Según el Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado-Hideyo Noguchi, luego de una revisión de 88 estudios y más de 50 mil pacientes, se reporta una presencia significativa de trastornos depresivos y de ansiedad en personas con fibromalgia. Al respecto, se afirma que "el dolor crónico —aquel que persiste por más de tres meses— genera un círculo

[8] Macfarlane, G. J., et al. (2017). EULAR revised recommendations for the management of fibromyalgia. Annals of the Rheumatic Diseases, 76(2), 318–328. DOI: 10.1136/annrheumdis-2016-209724. Revisión de evidencia efectuada en 2015. Disponible en: https://doi.org/10.1136/annrheumdis-2016-209724. Consulta: 3 de octubre de 2026.

complejo entre sufrimiento físico, ansiedad y depresión, afectando la funcionalidad, las relaciones personales y el desempeño laboral. Advirtió además que la falta de un manejo oportuno e interdisciplinario puede derivar en automedicación y uso inadecuado de opioides, situación que en otros países ha desencadenado graves crisis sanitarias asociadas a dependencia y muertes por sobredosis"[9].

Finalmente, debe entenderse que estos resultados no constituyen una estimación de prevalencia para el Perú ni permiten afirmar que la fibromialgia tenga un origen exclusivamente psicológico. Más bien, su relevancia para la presente iniciativa legislativa radica en evidenciar la necesidad de que la atención sanitaria considere las distintas dimensiones de la enfermedad y las condiciones concurrentes que puedan afectar la calidad de vida de los pacientes.

III. Objetivos generales y específicos [Art. 106, b) del Reglamento]

3.1. Objetivo general

Establecer garantías y mecanismos de coordinación que faciliten una atención integral y oportuna de las personas con fibromialgia y la evaluación individual de los apoyos que requieran para su participación laboral y social, sin discriminación ni equiparación automática del diagnóstico con discapacidad o incapacidad para trabajar.

3.2. Objetivos específicos y verificación

Objetivo específico	Medida propuesta	Verificación sugerida
Ordenar el recorrido de atención.	Ruta técnica integrada con primer nivel, referencia y seguimiento (art. 6).	Instrumento aprobado o actualizado e identificación de documentos integrados.
Facilitar continuidad y decisiones informadas.	Información de prestaciones y coordinación del plan individual (art. 7).	Proporción de casos revisados con plan y orientación documentados, según muestra y capacidad de reporte.
Facilitar adaptación laboral individual.	Solicitud, evaluación y respuesta motivada (art. 8).	Solicitudes respondidas dentro del plazo sobre total de solicitudes completas registradas.
Diferenciar diagnósticos y consecuencias jurídicas.	Evaluaciones específicas para descanso y discapacidad (arts. 9 y 10).	Motivación clínica y normativa en expedientes revisados, sin inferir resultados automáticos.
Mejorar información para gestión.	Uso de sistemas existentes y publicación agregada (arts. 11 y 14).	Reportes que distingan pacientes de atenciones y expliciten las entidades reportantes.
Prevenir prácticas discriminatorias.	Orientación, capacitación y mecanismos de protección (arts. 5, 12 y 13).	Acciones ejecutadas y seguimiento de reclamos dentro de las competencias legales.

[9] Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado-Hideyo Noguchi. (2026). 50 % de personas con fibromialgia presenta depresión y urge fortalecer el abordaje de salud mental ante el riesgo de crisis por opioides. Obtenido de: https://www.gob.pe/institucion/insm/noticias/1390229-50-de-personas-con-fibromialgia-presenta-depresion-y-urge-fortalecer-el-abordaje-de-salud-mental-ante-el-riesgo-de-crisis-por-opioides

Los indicadores son propuestas de seguimiento, no resultados ya alcanzados. Sus líneas de base, periodicidad y metas deben definirse a partir de los sistemas disponibles. No se fijan porcentajes de reducción de dolor, gasto o ausentismo sin validación técnica.

IV. Fundamentación de la iniciativa [Art. 106, b) del Reglamento]

La pertinencia y justificación de la presente iniciativa legislativa se sustenta en la imperante necesidad de complementar el marco normativo vigente mediante disposiciones específicas que permitan responder a las particularidades de la fibromialgia, especialmente en aquellos aspectos en los que las normas generales de salud, trabajo y protección frente a la discriminación requieren mecanismos de aplicación concretos.

En materia sanitaria, la propuesta no pretende sustituir las competencias técnicas del Ministerio de Salud ni establecer tratamientos obligatorios. Su finalidad es fortalecer la articulación de los servicios existentes, facilitar el diagnóstico oportuno y promover la continuidad de la atención conforme a las necesidades clínicas individuales.

Además, respecto al ámbito laboral, se reconoce que el diagnóstico de fibromialgia no determina automáticamente una incapacidad para trabajar. Sin embargo, cuando la condición produce limitaciones funcionales que inciden en el desempeño de las labores, resulta pertinente establecer un procedimiento para que el empleador evalúe medidas de adaptación, considerando las características del puesto, la salud y seguridad de la persona trabajadora y la viabilidad de las alternativas propuestas.

Finalmente, desde una perspectiva institucional, la iniciativa establece mecanismos de coordinación, información y seguimiento dentro de las competencias de las entidades involucradas. De esta manera, se busca que las garantías reconocidas no permanezcan en el plano declarativo, sino que puedan implementarse y evaluarse mediante instrumentos existentes y procedimientos individualizados.

V. Antecedentes legislativos, investigaciones y fuentes utilizadas [Arts. 106, c y 107, c) del Reglamento]

5.1. Antecedente parlamentario peruano identificado

El catálogo del Congreso registra un dictamen recaído en el **Proyecto de Ley 4773/2015-CR**, referido a modificar el artículo 2 de la Ley 29973 para ampliar sus alcances a la fibromialgia. Este antecedente demuestra que existió una propuesta vinculada con discapacidad; el registro accesible no acredita por sí mismo su promulgación ni permite establecer aquí el desenlace completo del expediente.[10]

La presente fórmula no reproduce esa modificación. Se estructura como ley complementaria de atención y garantías, preservando la evaluación de discapacidad cuando corresponda. Antes de su presentación formal debe actualizarse la búsqueda de iniciativas relacionadas y completarse la revisión del expediente citado. No se afirma que sea el único antecedente existente ni que no haya otras disposiciones sectoriales relevantes.

[10] Congreso de la República del Perú. Comisión de Inclusión Social y Personas con Discapacidad. Registro del dictamen recaído en el Proyecto de Ley 4773/2015-CR, referido a la modificación del artículo 2 de la Ley 29973 para ampliar sus alcances a la fibromialgia. Catálogo parlamentario de dictámenes. El registro consultado no acredita por sí solo su promulgación. Disponible en: https://www2.congreso.gob.pe/Sicr/ApoyComisiones/comision2011.nsf/07dictamencomision?Count=22&Expand=2.1.13&OpenForm=&Seq=14&Start=2.1.7. Consulta: 3 de octubre de 2026.

5.2. Marco normativo relacionado

El marco considerado comprende la Constitución, el Reglamento de la Cámara de Diputados, la Ley General de Salud y las normas de derechos de usuarios; la Ley 29973; la Ley 29783; la Ley 31572 y modificatorias; y la legislación de protección de datos personales. La identificación de concordancias se desarrolla en la sección VII. Su enumeración no significa que todas esas normas sean modificadas.

En materia de discapacidad se tuvo en cuenta, además, la modificación reglamentaria publicada el **8 de abril de 2026**, relativa a la adecuación a las leyes 31707, 31789 y 31901. La referencia evita tratar una compilación anterior como un texto consolidado exhaustivo a la fecha de revisión.[11]

5.3. Referencia comparada: Chile

La Ley chilena 21.531, publicada el 10 de febrero de 2023, aborda fibromialgia y dolores crónicos no oncológicos. Contempla atención integral, información, no discriminación y una regla que impide rechazar licencias médicas por el solo diagnóstico. Se utiliza como antecedente comparado y se reconoce expresamente su procedencia.[12]

La propuesta peruana toma como referencia la distinción entre valorar clínicamente una solicitud y rechazarla por la etiqueta diagnóstica. No incorpora automáticamente el catálogo terapéutico chileno, sus reglas previsionales ni un régimen de atención preferente que desplace criterios de urgencia. Tampoco extiende su ámbito a todo dolor crónico no oncológico, pues ello requeriría una delimitación clínica y presupuestaria adicional.

5.4. Investigaciones y documentos de terceros utilizados

La evidencia cuantitativa procede de León-Jiménez y Loza-Munarríz (2015), Alvarado Moreno y Montenegro Díaz (2013) y Choy y colaboradores (2010). Para el enfoque clínico se utilizaron materiales oficiales de NIAMS (revisión de 2024) y las recomendaciones EULAR de Macfarlane y colaboradores (2017). Sus referencias completas y enlaces figuran en las notas al pie de los apartados donde se emplean.

También se emplearon documentos normativos y páginas institucionales de Congreso, MINSA, CONADIS, la Autoridad Nacional de Protección de Datos Personales y la Biblioteca del Congreso Nacional de Chile. El modelo de presentación entregado por el despacho se utilizó exclusivamente como base de organización y formato; no como fuente clínica o estadística.

Los cuadros de objetivos, concordancias, roles, costos e indicadores constituyen elaboración para esta propuesta. No se atribuyen a un estudio empírico ni se presentan como conclusiones de las instituciones citadas. La revisión documental no reemplaza la consulta a pacientes, profesionales de salud, trabajadores, empleadores y autoridades sectoriales.

[11] Perú. Modificación del Reglamento de la Ley 29973, aprobado por Decreto Supremo 002-2014-MIMP. El Peruano, 8 de abril de 2026, dispositivo 2503743-6. Adecuación a las leyes 31707, 31789 y 31901. Disponible en: https://busquedas.elperuano.pe/dispositivo/NL/2503743-6. Consulta: 3 de octubre de 2026.

[12] Chile. Ley 21.531, Crea ley de fibromialgia y dolores crónicos no oncológicos. Publicada el 10 de febrero de 2023, artículos 1, 2, 4, 5 y 6. Biblioteca del Congreso Nacional de Chile, LeyChile. Referencia comparada; no constituye derecho vigente peruano. Disponible en: https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=1188919. Consulta: 3 de octubre de 2026.

VI. Sectores comprendidos [Art. 106, d) del Reglamento]

Las funciones siguientes describen la aplicación propuesta dentro de las competencias legales de cada entidad. No constituyen creación de órganos, transferencia de rectoría ni habilitación de nuevas potestades sancionadoras.

Sector o actor	Participación prevista	Límite o coordinación
Salud: MINSA y autoridades sanitarias regionales.	Ruta técnica, articulación entre niveles, orientación, información y seguimiento.	Respeto de la rectoría nacional, descentralización y capacidad resolutiva; uso de estructuras existentes.
SIS, EsSalud y demás aseguradores y prestadores comprendidos.	Información de cobertura, coordinación de prestaciones y continuidad de la atención.	Cada régimen mantiene sus reglas de afiliación, cobertura y financiamiento; no se fusionan fondos.
Trabajo y Promoción del Empleo; empleadores públicos y privados.	Orientación y aplicación de la evaluación individual de adaptaciones.	Articulación con seguridad y salud en el trabajo y teletrabajo, sin aprobación automática.
SUSALUD, inspección laboral y autoridades del servicio civil.	Atención de actuaciones de supervisión, reclamos o responsabilidades que correspondan.	Únicamente dentro de la competencia y los procedimientos legalmente establecidos.
Mujer y Poblaciones Vulnerables y CONADIS.	Intervención cuando concurran supuestos de discapacidad y coordinación de derechos.	No se les atribuye el diagnóstico clínico universal ni certificación automática.
Justicia y Derechos Humanos / autoridad de protección de datos.	Protección de datos personales de salud conforme al régimen vigente.	No se crea un registro público nominal de pacientes.
Economía y Finanzas y oficinas presupuestarias.	Evaluación de impacto incremental y aplicación de las reglas presupuestarias.	No se les ordena transferir recursos ni aprobar financiamiento específico.
Familias, organizaciones de pacientes, instituciones académicas y organizaciones laborales.	Aportes en los mecanismos de participación y orientación.	Participación sin requisito de afiliación, sin dietas ni sustitución de la autonomía personal.

Los gobiernos locales pueden participar mediante sus servicios y mecanismos de orientación ya existentes, sin atribuirles obligaciones de financiar tratamiento especializado. El alcance educativo y comunitario de la no discriminación no implica crear nuevas plazas o programas de formación por esta ley.

VII. Normas que se modifican o derogan [Art. 106, e) del Reglamento]

7.1. Incidencia normativa

La fórmula no modifica ni deroga expresamente artículos de leyes vigentes. Propone una ley complementaria con obligaciones propias y remisiones a regímenes existentes. No incorpora una cláusula derogatoria genérica. La adecuación reglamentaria se circunscribe

a los instrumentos administrativos y técnicos que corresponda revisar dentro de las competencias del Ejecutivo.

Cuadro comparativo (cuando corresponda): no aplicable. Al no sustituirse un texto legal vigente, no existe un artículo actual y un artículo sustitutivo que deban transcribirse como comparación. Para mostrar la relación con el ordenamiento se presenta, en cambio, la siguiente matriz de concordancia, que no es una transcripción de normas.

7.2. Matriz de concordancia normativa

Norma relacionada	Relación con la propuesta	Regla que se preserva
Constitución: arts. 7, 9, 22, 23, 26, 79 y 107.	Fundamento de la protección sanitaria y laboral y de la iniciativa.	Rectoría del Ejecutivo y límite de iniciativa de gasto.
Ley 26842 y Ley 29414; D. S. 027-2015-SA.	Complementadas por los arts. 5–7 de la propuesta.	Derechos de usuarios, consentimiento, atención e información; no sustitución de la autonomía clínica.
Ley 29973 y D. S. 002-2014-MIMP y modificatorias.	Arts. 8.6 y 10: evaluación y salvaguarda de ajustes razonables.	No se modifica la definición de discapacidad ni se concede certificación automática.
Ley 29783 y modificatorias.	Art. 8: integración con los mecanismos de seguridad y salud.	Prevención y valoración de riesgos; no presunción de origen ocupacional.
Ley 31572, Ley 32102 y D. S. 002-2023-TR, modificado por D. S. 009-2026-TR.	Art. 8.6: remisión expresa.	Requisitos, plazos y efectos del procedimiento de teletrabajo.
Ley 29733 y D. S. 016-2024-JUS.	Arts. 5, 8 y 11: confidencialidad y datos agregados.	Finalidad, proporcionalidad, seguridad y protección de información personal.
R. M. 350-2015-MINSA: REUNIS.	Art. 11: aprovechamiento de sistemas de información existentes.	No se crea un registro independiente ni un requisito de inscripción para la atención.

Fuentes normativas: referencias de las secciones IV y V. Para información sanitaria, el MINSA identifica al REUNIS como plataforma creada por Resolución Ministerial 350-2015-MINSA. La propuesta exige examinar sus posibilidades reales de reporte antes de establecer indicadores; no presupone que ya contenga un módulo específico completo de fibromialgia.[13]

VIII. Análisis costo-beneficio [Art. 106, f) del Reglamento]

8.1. Alcance y escenario de referencia

La presente proposición legislativa no debe interpretarse como una disposición que carece absolutamente de costos de implementación. La actualización de instrumentos técnicos, la

[13] Ministerio de Salud del Perú. Repositorio Único Nacional de Información en Salud (REUNIS). Presentación institucional y Resolución Ministerial 350-2015-MINSA. Disponible en: https://www.minsa.gob.pe/reunis/. Consulta: 3 de octubre de 2026.

coordinación interinstitucional, la gestión de información y la evaluación de solicitudes de adaptación laboral pueden requerir tiempo de personal, recursos administrativos y, eventualmente, adecuaciones operativas.

Sin embargo, la fórmula legal ha sido diseñada para evitar la creación de nuevas estructuras administrativas, plazas, fondos o beneficios económicos automáticos. Las medidas propuestas se desarrollan, en principio, mediante las competencias, servicios, procedimientos y sistemas de información que ya se encuentran bajo responsabilidad de las entidades involucradas.

Entonces, se entiende que es presupuestariamente viable porque la ejecución de los mandatos de esta norma se dan con cargo del presupuesto institucional de cada entidad interviniente. Por ende, la viabilidad presupuestaria requiere que las entidades competentes identifiquen las actividades que pueden ser absorbidas por sus capacidades y créditos presupuestarios autorizados, así como los eventuales costos incrementales que deban ser evaluados. Por ello, resulta pertinente contar con información técnica del Ministerio de Salud, el Ministerio de Trabajo y Promoción del Empleo, EsSalud, el Seguro Integral de Salud y las oficinas presupuestarias correspondientes, dentro del ámbito de sus competencias.

En consecuencia, la propuesta no sostiene que la implementación sea necesariamente gratuita, sino que ha sido delimitada para evitar la creación de obligaciones de gasto público no financiadas y para preservar los procedimientos constitucionales y presupuestarios aplicables.

8.2. Actores, efectos monetarios y no monetarios

Actor	Costos o cargas posibles	Beneficios o efectos esperados
Personas con fibromialgia y familias.	Tiempo para evaluaciones y trámites; gastos de traslado u otros según cobertura, que la ley no elimina automáticamente.	Mayor claridad del recorrido y de las decisiones; valoración individual y tutela frente a discriminación.
Prestadores y aseguradores.	Horas de coordinación, revisión técnica y tratamiento de datos; eventual aumento de demanda identificada.	Reglas de atención más consistentes y posibilidad de reducir trámites duplicados, sujeta a evaluación.
Empleadores privados.	Tiempo de evaluación, análisis ocupacional y costo de adaptaciones viables; mayor carga relativa en unidades pequeñas.	Posible continuidad del vínculo y mejor organización de tareas; no se cuantifica aumento de productividad.
Entidades públicas como empleadoras.	Uso de capacidad de recursos humanos y salud ocupacional; costos de medidas que deban evaluarse presupuestariamente.	Decisiones motivadas, reducción de incertidumbre y prevención de controversias, sin ahorro garantizado.
Autoridades de salud, trabajo y supervisión.	Adecuación de instrumentos, orientación y seguimiento dentro de funciones existentes.	Trazabilidad de responsabilidades y mejor información para decisiones posteriores.
Sociedad y sistema de protección.	Costo de oportunidad y necesidad de evitar desigualdad en acceso a servicios.	Posible preservación de autonomía y participación; efectos no monetizados.

EFECTO DE LA VIGENCIA DE LA NORMA SOBRE LA LEGISLACIÓN NACIONAL

Respecto a la legislación nacional, esta norma no modifica ni deroga expresamente ninguna disposición legal vigente, sino que establece un marco complementario de atención integral, inclusión laboral y protección frente a la discriminación de las personas con fibromialgia. Por lo tanto, es imprescindible precisar que no anula, sino más bien, articula armoniosamente con las diversas normas sectoriales correspondientes en respeto de los demás mandatos normativos y competencias legalmente atribuidas.

También, respecto a su relación con la Ley 26842, Ley General de Salud, esta nueva norma complementa su texto normativo, pues busca enfocarse en fortalecer lo referente a los derechos de atención, información, consentimiento y participación de los usuarios, claro está, sin sustituir la autonomía clínica ni los procedimientos sanitarios vigentes.

Asimismo, respecto de la Ley 29973, Ley General de la Persona con Discapacidad, se preserva íntegramente la definición y el régimen de certificación de la discapacidad. La fibromialgia no genera por sí misma una certificación automática ni el acceso automático a beneficios derivados de la condición de discapacidad; cuando corresponda, la evaluación se realiza conforme a la normativa vigente y atendiendo a las limitaciones funcionales y barreras acreditadas.

En suma, esta proposición legislativa complementa el ordenamiento jurídico existente y vigente mediante garantías específicas para las personas con fibromialgia.

RELACIÓN CON LAS POLÍTICAS DE ESTADO DEL ACUERDO NACIONAL

Política de Estado N.º 13: Acceso universal a los servicios de salud y a la seguridad social: La salud es un derecho de toda persona. A través de esta norma, se busca fortalecer la atención integral de quienes padecen fibromialgia. Con el diagnóstico oportuno, la atención continua de calidad, y la rehabilitación, esta norma se relaciona con esta política.
Política de Estado N.º 10: Reducción de la pobreza: Considerando que a través de la presente norma se busca atender a quienes menos recursos tienen; reduciendo las cargas sociales y económicas que enfrentan por padecer de una condición crónica de la naturaleza de la fibromialgia, la norma se condice con esta política. Más aún, al buscar favorecer la continuidad de la atención, especialmente cuando dichas condiciones generan limitaciones funcionales.

Lima, noviembre de 2026.